Oesophaguscarcinom

mit

Perforation in den rechten Lungenunterlappen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Heinrich Altendorfer,
gepr. cand. med. aus Griesbach i. R.

München 1904.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey.

Oesophaguscarcinom

mit

Perforation in den rechten Lungenunterlappen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Heinrich Altendorfer,
gepr. cand. med. aus Griesbach i. R.

München 1904.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey.

Referent:

Herr Professor Dr. v. Bauer.

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549027_0083

Unter der verhältnismässig geringen Anzahl schwerer krankhafter Affektionen der Speiseröhre spielt das Carcinom die wichtigste Rolle. Pathologisch-anatomisch betrachtet, erscheint es fast ausnahmslos als Plattenepithelkrebs; viel seltener sind weiche Drüsenkrebse. In diesen beiden Formen kommen die primären Speiseröhrenkrebse vor. Die sekundären sind ungemein selten und entstehen, den Lymphbahnen folgend, gewöhnlich von benachbarten Organen aus, am häufigsten von der Cardia des Magens, viel weniger oft vom Pharynx oder der Glandula thyreoidea aus. In ihrem Bau entsprechen sie natürlich dem primären Herde.

Ist nun das Los der an Krebs erkrankten Menschen an sich schon ein beklagenswertes, so ist das in weit höherem Masse der Fall bei Carcinom des Oesophagus. Denn hier kommt zu den Erscheinungen der Krebskachexie, die auf eine Allgemeininfektion des Körpers mit gewissen Toxinen zurückzuführen ist, und zu dem erhöhten Eiweisszerfall, wie er sich bei jedem Carcinom geltend macht, als besonderes Moment noch die Verengerung der Speiseröhre hinzu, was natürlich für die Ernährung von weittragendster Bedeutung ist. Wird der Patient nicht durch eine interkurrente Krankeit oder eine eintretende Komplikation von seinem qualvollen Leiden erlöst, so ist er tatsächlich

dem Hungertode preisgegeben, da die künstliche Ernährung für die Dauer zur Erhaltung des Lebens gänzlich unzulänglich ist. Hinsichtlich der Ausdehnung der verschiedenen Krebsformen ist zu erwähnen, dass nur in vereinzelten Fällen die ganze oder fast die ganze Speiseröhre carcinomatös erkrankt ist. In der Mehrzahl der Fälle sind nur kleinere 3—10 cm lange Strecken der Speiseröhre vom Carcinom ergriffen. Die Ausbreitung desselben erfolgt als diffus ringförmige, seltener als inselförmige, in vereinzelten Fällen auch als einseitig wandständige Wucherung. Infolge der carcinomatösen Infiltration, welche von der Schleimhaut ausgehend allmählich sämtliche Schichten durchsetzt, wird die Wand unnachgiebig und bis zu 1 cm und mehr dick. Die Ausdehnungsfähigkeit des Rohres wird dadurch ganz aufgehoben oder doch im höchsten Grade beeinträchtigt, je nachdem die ganze Circumferenz der Speiseröhre oder nur ein Teil derselben von der Neubildung betroffen wird. Die carcinomatöse Wucherung des Oesophagus führt, wie die meisten krebsigen Neubildungen, zu mehr oder minder ausgedehnten Verwachsungen mit den Nachbarorganen, indem sich das wuchernde Gewebe infolge seiner schrankenlosen Wachstumsfähigkeit direkt auf die Umgebung fortsetzt. Da wohl in allen Fällen von Speiseröhrenkrebs Zerfall und Ulceration auftritt, was bei den cingulären Formen regelmässiger und frühzeitiger einzutreten pflegt, so kommt es bei tiefer greifender Verschwärung in mehr als der Hälfte der Fälle schliesslich zum Wanddurchbruch entweder in das umgebende bereits krebsig infiltrierte oder entzündlich

verhärtete Bindegewebe oder in schon vorher angelötete Hohlorgane der Nachbarschaft.

Ein Blick auf die anatomischen Verhältnisse der Brusthöhle, und speziell auf die Lagerung der Speiseröhre zu ihren Nachbarorganen, weist auf die Möglichkeit hin, dass ein Carcinom des Oesophagus in die verschiedensten Organe des Thorax zu perforieren vermag. Die anatomischen Verhältnisse der Speiseröhre zu ihren Nachbarorganen gestalten sich folgendermassen: In ihrem obersten Teile liegt ihr vorne der Kehlkopf und die Luftröhre an. Weiter nach abwärts tritt der Oesophagus hinter der Trachea ein wenig nach links hervor, so dass er sich neben der Teilungsstelle der Trachea mit dem linken Bronchus kreuzt und hier unmittelbar neben dem Aortenbogen liegt. Sodann zieht er zwischen Aorta descendens und Vena azygos nach abwärts, indem er vorne an den Herzbeutel grenzt. Dabei zeigt er das Bestreben, ganz allmählich von rechts nach links über die Aorta hinüberzutreten, so dass er mit dieser in ausgedehnte Berührung kommt. Natürlich reicht überall die von ihrer Pleura überzogene Lunge bis dicht an die Speiseröhre heran. Das gilt namentlich für den rechten Lungenunterlappen, der auf eine grössere Strecke hin in direkter Berührung mit dem Oesophagus steht. Aus der Lagerung der Brusteingeweide geht also hervor, dass eine etwaige Perforation am leichtesten in die Trachea, in die Bronchien, hauptsächlich in den linken, in die Lungen, besonders in die rechte, in das Pericard und schliesslich in die Aorta erfolgen könnte, zumal diese Organe stellenweise nur durch sehr wenig Bindegewebe von

der Speiseröhre getrennt sind. Ein weiterer Faktor, der für die Lokalisation einer Perforation in Betracht kommt, ist der Sitz des Carcinoms. Was diesen anbelangt, so kann er in jedem Teil des Oesophagus seine Lage haben, doch gibt es stark bevorzugte Stellen. Es ist wohl auf Grund zahlreicher Statistiken als erwiesen zu betrachten, dass wie schon v. Ziemssen und Zenker angegeben haben, das untere Drittel der Speiseröhre den Lieblingssitz des Krebses darstellt, dass in etwas weniger Fällen das mittlere Drittel befallen wird, während das obere Drittel nur selten eine carcinomatöse Neubildung aufweist.

Doch spielt bei einer etwaigen Perforation nicht allein die Lage, sondern auch die Widerstandsfähigkeit der zu perforierenden Wandung eine gewisse Rolle. So vermag z. B. die feste Aortenwand dem auf sie übergreifenden Carcinom einen erheblichen Widerstand entgegen zu setzen, so dass der Krebs nur in seltenen Fällen wirklich die Grenzen der Adventitia überschreitet. Und in der Tat gehört eine eigentliche Perforation des Speiseröhrenkrebses in die Aorta zu den grossen Seltenheiten, da gewöhnlich früher ein Durchbruch in einen anderweitigen benachbarten Hohlraum erfolgt und den Tod herbeiführt.

Nach der oben geschilderten Lage der Speiseröhre zu ihren Nachbarorganen kommt dieselbe mit dem Respirationssystem in vielfache Berührung und so ist es auch leicht erklärlich, dass die Atmungsorgane das Hauptkontingent der Perforationen stellen. Doch gestaltet sich bezüglich der einzelnen Teile des Respirationssystems das Verhältnis sehr verschieden.

Eine Analyse von 120 Fällen von Oesophaguskrebs mit Perforation durch v. Ziemssen und Zenker ergibt folgende Zahlen:

R. Bronchus	14 mal,
L. Bronchus	12 „
Trachea	21 „
R. Lunge	17 „
L. Lunge	6 „

Demnach erfolgt die Perforation am häufigsten in die Bronchien und zwar in den rechten häufiger als in den linken, dann in die Lungen und hier wieder weit häufiger in die rechte als in die linke Lunge; endlich folgt in der Häufigkeit der Perforation die Trachea.

Was nun die gröberen Luftwege betrifft, so kann die krebsige Infiltration selbst auf die Wand derselben übergreifen oder es schreitet der geschwürige Prozess, nachdem er die krebsige Schichte durchbrochen, als einfache Ulceration fort und bewirkt Perforation. Bezüglich der Lungen ist zu erwähnen, dass ein Durchbruch sowohl den Ober- als den Unterlappen betreffen kann und zwar erfolgt derselbe in der Regel durch Vermittlung von Fistelgängen, die entweder in eine schon vorher bestandene Caverne ausmünden, oder erst durch ihr Eindringen in das Lungengewebe zu Gangränescens und Höhlenbildung führen.

In dem mir von Herrn Dr. Kerschensteiner freundlichst zur Verfügung gestellten Falle wurde durch die Sektion eine Perforation des Speiseröhrenkrebses in den rechten Unterlappen festgestellt und zwar kommunizierte der Oesophagus vermittelst eines

Fistelganges mit einer offenbar durch jauchige Pneumonie entstandenen Höhle genannten Lappens.

Ich lasse nun zunächst die Krankengeschichte und den Sektionsbericht folgen, um im Anschluss daran über die klinische Bedeutung des Oesophaguskrebses und dessen Diagnose zu berichten.

Krankengeschichte.

Ruesch Castulus, 62 Jahre alt, Metzger.

Patient gibt an, seit Ostern vorigen Jahres krank zu sein. Er konnte seitdem feste Speisen nicht mehr schlucken, selbst die Aufnahme von Flüssigkeiten ist mit Schlingbeschwerden verbunden. Schmerzen hat er dabei wenig, nur in der Magengegend macht sich ein beständiges Druckgefühl geltend. Erbrechen musste der Kranke nie, dagegen klagt er nach jeder Nahrungsaufnahme über wässeriges Aufstossen. Stuhlgang war angeblich immer schwach, ohne Blutbeimengung. Patient ist in letzterer Zeit sehr stark abgemagert. Seit Anfang Januar hat sich sein Zustand verschlechtert. Vor Ostern war Patient angeblich immer gesund. Ueber seine Familiengeschichte vermag er keine Auskunft zu geben. Potatorium wird zugestanden.

Objektiver Befund: Mittelgrosser Mann mit kachektischem Aussehen, stark reduziertem Ernährungszustand; Muskulatur ziemlich gut erhalten, Fettpolster geschwunden. Beiderseits Knöchelödem. Hautfarbe blass. Die oberflächlichen Bauchdeckenvenen sind stark gefüllt. In den Supraklavikulargruben sind keine Drüsenschwellungen wahrzunehmen. Zunge etwas belegt.

Thorax: Der Thorax ist im Tiefendurchmesser stark vergrössert. Andeutung einer Trichterbrust. Ausdehnung beiderseits beschränkt. Perkussionsschall vorne auf beiden Seiten sonor. Lungenlebergrenze VII. Rippe. Atmung beiderseits vesikulär, ohne Nebengeräusche. Ueber den Lungenspitzen keine Schalldifferenz. Bei der Auskultation hört man über der linken Spitze etwas kleinblasiges feines Rasseln. Hintere untere Lungengrenzen beiderseits in der Höhe des Processus spinosus des XI. Brustwirbels. Ueber sämtlichen Abschnitten hört man vereinzeltes feuchtes Rasseln.

Zirkulationsorgane: Die innere Herzgrenze läuft entlang dem linken Sternalrand, die obere fällt mit dem unteren Rand der IV. Rippe zusammen. Der Spitzenstoss ist nicht zu fühlen. Die Töne sind rein; die diastolischen verstärkt. Der Radialpuls ist klein, beschleunigt; die Arterien rosenkranzartig.

Abdomen: Das Abdomen ist etwas aufgetrieben. Die Leber überragt handbreit den Rippenbogen, ist hart, knollig, und fühlt sich höckerig an. Durch besondere Härte ist der linke Leberlappen ausgezeichnet. Die Milz ist nicht palpabel, ebensowenig lässt sich durch die Perkussion eine Vergrösserung dieses Organs nachweisen.

Urogenitalapparat: Die Harnentleerung findet ohne Beschwerden statt; der Urin ist frei von Eiweiss, gibt nicht die Aceton- und Acetessigsäurereaktion, dagegen fällt die Eiweissprobe positiv aus.

Beim Einführen einer weichen Sonde in die Speiseröhre stösst man, 30 cm von den Schneidezähnen entfernt, auf ein unüberwindliches Hindernis.

Nimmt der Patient Flüssigkeiten zu sich, so werden dieselben fast unmittelbar nach dem Schluckakt mit Speichel vermischt teilweise regurgitiert. Geräusch im Epigastrium.

Die Temperatur des Kranken, aufgezeichnet vom Tage seiner Aufnahme in das Krankenhaus, welche am 3. Februar 1904 erfolgte, bis zu seinem Ableben am 11. gleichen Monats, bewegen sich innerhalb normaler Grenzen und ist als niedrigste 36.0, als höchste 37.0 zu verzeichnen.

Klinische Diagnose: Diagnose intra vitam: Carcinoma oesophagi et hepatis. Aetheromatose.

Sektionsbericht.

Ziemlich grosse, abgemagerte männliche Leiche von blasser Hautfarbe. Totenstarre erhalten, Totenflecken spärlich. Auf der oberen Thoraxhälfte findet sich im Bereiche des 3. und 4. Rippenknorpels beiderseits eine starke, bis zur Mamillarlinie reichende Vorwölbung. Das Abdomen ist stark eingezogen, das Fettpolster völlig geschwunden. Die Muskulatur ist von dunkelbrauner Farbe und trockener Beschaffenheit. Das Zwerchfell reicht rechts bis an den unteren Rand der V. Rippe. Zwerchfellstand links 5. Interkostalraum. Die Leber überragt gut handbreit den Rippenbogen. Der untere Rand reicht bis zur Spina iliaca anterior superior. Die Gedärme liegen grossenteils im kleinen Becken, woselbst sich keine Flüssigkeit vorfindet. Die Milz ist retrahiert. An der Vorderseite des Halses zeigt sich nach Abziehen der Haut nichts besonderes. Die Rippenknorpel sind stark verkalkt. Das Sternum ist im Bereich der oben

erwähnten Vorwölbungen nach oben vorgebaucht, oberhalb des Schwertfortsatzes eingezogen, desgleichen unterhalb der Incisura iugularis.

Rechte Lunge: Die rechte Lunge ist mit der Pleura allseitig verwachsen. Nach Herausnahme derselben sieht man in der Pleurahöhle eine schmierige, schmutzigbraune Masse, welche von der Gegend des Oesophagus kommt.

Linke Lunge: Die linke Lunge zeigt auf der Pleura reichliche fibrinöse Auflagerungen. Die Schnittfläche des Oberlappens ist blaurot; der Unterlappen ist blutarm, saftreich und lufthaltig. In den Bronchien findet sich reichliche schaumige Flüssigkeit.

Rechte Lunge: Die rechte Lunge ist im Bereich des Oberlappens emphysematös; der Unterlappen ist vergrössert und zeigt fibrinöse Auflagerungen auf der Pleura. Am Hilus ist eine halbfaustgrosse Zerfallshöhle mit ulcerierten verjauchten Wänden und leistenartigen von Bronchien und Gefässen gebildeten Vorsprüngen zu sehen. An einer Stelle ist diese Caverne in die Pleura perforiert. Beim Einschneiden zeigt der Unterlappen im ganzen sich luftleer, diffus infiltriert, saftreich. Auf der Schnittfläche sind einige von Eiterungen herrührende gelb gefärbte Herde wahrzunehmen. Die Schleimhaut der Bronchien ist gerötet. Der Oberlappen zeigt den gleichen Befund wie links. Im Nasenrachenraum findet sich eine eiterige schmutzige grüngelbe Masse von schleimiger Beschaffenheit in ziemlich reichlicher Menge.

Zirkulationsorgane: Im Herzbeutel findet sich ca. ein Esslöffel seröser Flüssigkeit; im rechten Vorhof und Ventrikel reichlich Fibrin, im linken Vorhof

flüssiges Blut. Das Herz im ganzen ist von mittlerer Grösse mit leicht verdicktem Epicard. Die Gefässe sind verdickt und geschlängelt. Die Muskulatur ist anämisch und von dunkelbrauner Farbe. Das spärliche subepicardiale Fett atrophisch und gallertig. Im Epicard des rechten Ventrikels einige Schwarten. Mit Ausnahme von leichten Verdickungen der Mitralis sind die Klappen zart. Die Coronararterien sind verdickt. Die Intima der Brust- und Bauchaorta ist als glatt anzusprechen, jedoch fallen in derselben weissliche Verfärbungen auf.

Der Magen, mässig weit, ist an die Rückfläche des linken Leberlappens nahe dem Rande desselben angelötet. Nach Lösung der Verwachsung sieht man zwei Oeffnungen, deren eine vom Umfang eines Zweimarkstückes in den Magen führt, während die andere in eine flache der Form nach einem Kugelsegment entsprechende Höhle der Leber mündet. Im Magen befindet sich galliger dünnflüssiger Inhalt. Entsprechend der Perforation zeigt sich der Rand aufgeworfen; die nächste Umgebung nicht stärker infiltriert. Der obere Teil der Speiseröhre ist ohne Befund. In der Höhe des Lungenhilus ist der Oesophagus durch eine das Lumen gürtelförmig umgreifende Geschwulst so stark verengt, dass er nur für einen Bleistift durchgängig ist. Die Neubildung hat eine Länge von 9 cm und ist verhältnismässig wenig ulceriert. Während das Lumen der Speiseröhre an der oberen und unteren Begrenzung der Geschwulstmasse auf Bleistiftdicke verengt ist, ist dieses in der Mitte derselben etwas erweitert. Die Neubildung schneidet sich derb und ist auf der Schnittfläche von weisslicher

Farbe. Auf Druck entleeren sich hier und dort comedonenartige Massen. Von der Schnittfläche lässt sich reiclich Krebsmilch abstreifen. Der untere Rand der Neubildung liegt $6^1/_2$ cm oberhalb der Cardia. Letztere ist nicht scharf abgegrenzt, da sie unter der Mucosa von Geschwulstmassen durchsetzt ist. Nach rechts zeigt sich, von der Mitte des Carcinoms ausgehend, eine für einen Bleistift durchgängige Oeffnung, welche in der Richtung gegen die rechte Lunge führt und in der oben erwähnten Höhle derselben endigt. Das dem Oesophagus anliegende Bindegewebe ist von krebsartigen Massen durchsetzt. Der Pylorus ist verdickt, ulceriert, verjaucht.

Das Pankreas ist leicht verwachsen, ohne Besonderheiten. Auch im Darm ist nichts auffallendes zu finden.

Wie schon oben erwähnt, waren linker Leberlappen und Magen verwachsen. Entsprechend dieser Stelle befindet sich in der Leber eine flache Höhle. Die Wand derselben ist glatt, gallig gefärbt. Es ist offenbar nur die Kapsel ulceriert, das Lebergewebe hauptsächlich eingebuchtet. Leber vergrössert. Die Leber ist reichlich durchsetzt von erbsen- bis apfelgrossen gelblichen, ziemlich derben, auf der Ober- und Schnittfläche granulierenden Geschwulstmassen, die narbige Einziehungen erkennen lassen. Das übrige Lebergewebe ist dunkelblaurot, die Zeichnung erkennbar, fettarm und glatt. In der Gallenblase befindet sich ca. $^1/_2$ Weinglas dunkler grüner Galle.

Die Milz ist mittelgross, von mässiger Konsistenz. Die Schnittfläche zeigt leicht verdicktes trabekuläres Gerüst.

Beide Nieren sind von mittlerer Grösse und haben eine ziemlich glatte Oberfläche. Die Capsula fibrosa nicht verwachsen. An der Oberfläche sieht man einige atrophische Stellen und kleine Cysten. Die Arterien sind verdickt, klaffend. Mark- und Rindensubstanz anämisch, blass, sonst von regelmässiger Zeichnung.

Anatomische Diagnose: Ringförmiges Carcinom der unteren Hälfte des Oesophagus mit Stenose desselben und Perforation in eine offenbar durch jauchige Pneumonie entstandene Höhle des rechten Lungenunterlappens. Sekundäre Krebsknoten an der Cardia. Ulcus ventriculi mit Perforation in die Leber. Grosse Metastasen in die Leber. Lungenödem, Diffuse Pneumonie des ganzen rechten Unterlappens.

Durch den Sektionsbefund finden wir die klinische Diagnose in der Hauptsache bestätigt; jedoch hat dieselbe eine nicht unwesentliche Erweiterung insoferne erfahren, als die Obduktion eine Kommunikation der Speiseröhre mit dem Unterlappen der rechten Lunge ergab. Eine Perforation in die Luftwege ist nun von einer Reihe klinischer Symptome begleitet, welche mit grosser Regelmässigkeit wiederkehren. Diese Anzeichen bestehen in Schmerzen, Angstgefühl und in der mehr oder weniger bestimmten Angabe des Patienten, dass „im Innern etwas geborsten sei“. Das wichtigste Symptom aber ist heftiger Husten, welcher kurz nach Beendigung eines jeden Schluckversuches erfolgt. Der Husten wird ausgelöst durch den Reiz, welchen die durch die Perforationsöffnung in das Respirationssystem gelangten Speisen veranlassen. Dabei kommt es zu

gewaltsamer Expektoration der mit Bronchialsekret vermischten Ingesta. Gelingt es dann noch Flüssigkeiten von einer bestimmten Farbe, wie Milch oder schwacher Methylenblaulösung, die man dem Patienten reicht, in den expektorierten Massen nachzuweisen, so ist nicht mehr an der Diagnose einer Perforation des Krebses in die Luftwege zu zweifeln. Doch ist, wie auch in unserem Falle die Diagnose auf Perforation nicht in allen Fällen zu stellen, weil eben die oben erwähnten Symptome nicht immer in klarer und untrüglicher Weise zu Tage treten.

Die Erscheinungen einer stattgehabten Perforation sind einerseits abhängig von der Weite der Perforationsöffnung oder des Fistelganges, andererseits scheinen die Lageverhältnisse der Struktur und des Abganges der Perforationsöffnung einen gewissen Einfluss zu haben auf die Durchlässigkeit der letzteren. Nach dem Sektionsbefund führt, von der Mitte des Carcinoms ausgehend, ein Fistelgang in der Richtung gegen die rechte Lunge. Während nun das Lumen in der Mitte der krebsigen Neubildung erweitert ist, ist die Striktur an der oberen Begrenzung der Geschwulstmasse so bedeutend, dass sogar intra vitam selbst Flüssigkeiten, welche der Patient hinunterzuschlucken suchte, kurze Zeit nach dem Schluckakt zum grossen Teil regurgitiert wurden. Der Rest derselben dürfte wohl in den Magen gelangt sein, da sich die Passage dorthin infolge der anatomischen Verhältnisse der krebsigen Neubildung viel günstiger gestaltete als durch den seitlich abzweigenden Fistelgang in die rechte Lunge. Wenn auch ganz minimale Mengen den Weg durch die genannte Kommuni-

kationsöffnung nach dem rechten Lungenunterlappen gefunden haben, so waren sie eben viel zu gering, um einen von Hustenstössen gefolgten Reiz in dem ulcerierten und verjauchten Gewebe auszulösen. So konnte also, weil ganz symptomlos, die Perforation in das Respirationssystem klinisch nicht festgestellt werden.

Abgesehen von den Perforationen und den Allgemeineinwirkungen liegt die klinische Bedeutung des Oesophaguskrebses hauptsächlich in der Beeinträchtigung des Speiseröhrenlumens.

Dementsprechend sind Deglutinationsstörungen das konstanteste und sehr oft auch das allererste Symptom. Doch entwickelt sich die Dysphagie in der Regel sehr langsam. Anfangs nur lästig beim Schlucken, nimmt die Stenose allmählich zu und wenn dieselbe mehr oder weniger undurchgängig für feste und flüssige Speisen ist, dann werden dieselben nach kürzerer oder längerer Zeit, je nach dem Sitz der Stenose in den oberen oder unteren Partien der Speiseröhre regurgitiert. Die Regurgitation vollzieht sich in manchen Fällen leicht, in vorgeschrittenen Stadien der Krankheit aber ist sie gewöhnlich mit heftigen Würgbewegungen verbunden. Die auf diese Weise herausbeförderten Massen erscheinen fast unverändert oder maceriert, reagieren alkalisch, und das Fehlen der Peptonisation beweist, dass dieselben aus einem oberhalb der Striktur gelegenen Abschnitt der Speiseröhre und nicht etwa aus dem Magen stammen. Im ersten Stadium der Krankheit wird neben den Ingestes auch reichlich zäher Schleim herausbefördert. Später aber, wenn das Carcinom

ulceriert, kommen die Speisen oft mit Blut, Schleim oder übelriechender Krebsjauche überzogen, zurück. Es besteht dann auch, besonders bei höher gelegenen Krebsen, Foetor ex ore.

Um über den Sitz des Oesophaguscarcinoms und über den Grad der durch dasselbe bedingten Stenose näheren Aufschluss zu erhalten, bietet uns die Untersuchung mittelst der Schlundsonde die wertvollsten Anhaltspunkte. Vor Anwendung dieses Verfahrens muss man sich aber stets davon überzeugen, ob nicht etwa ein Prozess, z. B. ein Aortenaneurysma, vorliegt, der den Gebrauch der Sonde kontraindiziert. Kommt man bei der Sondierung auf ein Hindernis, so misst man beim Herausziehen des Instrumentes möglichst genau die Entfernung der Stenose von den Schneidezähnen. Auch den Grad der Verengerung gestattet uns die Sondenuntersuchung ziemlich genau zu bestimmen. Zu diesem Zwecke sucht man zunächst die Speiseröhre mit Sonden von dickem Kaliber (10—12 mm) zu passieren, um dann zu dünneren überzugehen, falls sich den stärkeren ein Hindernis entgegengestellt hat. Die eben noch passierende Sonde gibt uns dann das Mass der Verengerung an. Freilich kann es vorkommen, dass trotz der Klagen des Patienten über gestörtes Schluckvermögen die Bougie die Speiseröhre ungehindert durchwandert. Das ist dann der Fall, wenn die Kranken flüssige und dünnbreiige Nahrung mit verhältnismässig geringer Anstrengung oder selbst feste Bissen durch Nachtrinken von Wasser zu schlucken vermögen. Andererseits ist aber auch zu bedenken, dass die Sonde unter einem leichten, aber anhaltenden Druck

in die Speiseröhre eingeführt wird, während die peristaltischen Bewegungen des Oesophagus, die den geformten Bissen durch denselben befördern, infolge der carcinomatösen Infiltration eine Unterbrechung erfahren und so derselbe infolge des Fehlens der treibenden Kraft in dem im Bereich der krebsigen Neubildung fast unnachgiebigen Rohre stecken bleiben muss. Er kann nur durch nachfolgende Bissen oder durch Nachtrinken von Wasser über den toten Punkt hinausgeschoben werden. Es wäre also falsch, in derartigen Fällen eine carcinomatöse Striktur auszuschliessen.

Von grossem diagnostischen Wert ist immer auch eine sorgfältige Besichtigung der Sondenfenster, da sich nicht selten neben Speiseresten, Blut, Eiter und Schleim, Gewebspartikelchen finden, deren mikroskopische Untersuchung die Diagnose sichert.

Beachtung verdienen auch die durch das Oesophaguscarcinom hervorgerufenen Schmerzen. Diese haben einen ziehenden, reissenden Charakter, werden oft auch im Rücken empfunden und strahlen in die Schulter und bis in den Nacken aus. Besonders das Auftreten nächtlicher Schmerzen, welche den Kranken erwecken, machen, wenn keine mechanischen Reizungen vorausgegangen sind, das Carcinom wahrscheinlich.

Seitdem es gelungen war, den Larynx am Lebenden zu besichtigen, musste sich das Bestreben geltend machen, auch die Speiseröhre mit Hilfe des reflektierten Lichtes unserem Auge zugänglich zu machen. Diesem Zwecke dient die Oesophagoskopie. Wenn v. Ziemssen in seinem Handbuch sagt: „Die Oesophagoskopie ist noch ein pium desiderium. Alle Versuche, die Innenfläche der Speiseröhre dem Lichte und dem Auge

zugänglich zu machen, sind kaum über das Anfangsstadium der Versuche hinausgekommen", so gewährt heute dank den Bestrebungen hervorragender Männer die oesophagoskopische Untersuchung zur Stellung der Diagnose überhaupt und für die Beurteilung gewisser spezieller Verhältnisse grosse Sicherheit. Diese Untersuchungsmethode erfordert jedoch eine sehr geübte Technik und dürfte wohl kaum allgemeine Anwendung finden.

Der Speiseröhrenkrebs ist eine unheilbare Krankheit, deren operative Entfernung noch niemals mit Erfolg gelungen ist. Auch die zu der künstlichen Ernährung gemachten operativen Eingriffe — Gastrostomie und Oesophagusfisteln — haben selbst bei dem noch nicht komplizierten Carcinom wenig erfreuliche Resultate ergeben. So bleibt also nichts übrig, als durch möglichst vorsichtige und nicht zu gewaltsame Sondierung den Kranken möglichst gut zu ernähren. Doch nur in seltenen Fällen erstreckt sich die Gesamtkrankheitsdauer über 1—1½ Jahre. Gewöhnlich tritt der Tod früher durch allgemeine Abmagerung oder infolge einer der früher erwähnten Komplikationen ein.

* * *

Zum Schlusse bleibt mir noch die angenehme Pflicht, Herrn Professor von Bauer für die freundliche Ueberlassung des Falles, sowie für die mir in freundlichster Weise zur Verfügung gestellte Krankengeschichte nebst Sektionsbericht meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

v. Zenker u. v. Ziemssen, Handbuch der Pathologie und Therapie. Krankheiten des Oesophagus.

Kraus, Die Krankheiten der Mundhöhle und der Speiseröhre.

Penzoldt u. Stintzing, Handbuch der Therapie innerer Krankheiten. Erkrankungen der Verdauungsorgane.

Opitz, Oesophaguscarcinom mit Durchbruch in die Trachea. Dissertation. München 1896.

Böhm, Ueber einen Fall von Perforation der Aorta bei Carcinom des Oesophagus. Dissert. München 1897.

Knöpfler, Zur Kasuistik des Oesophaguscarcinoms mit Perforation in die Aorta. Dissert. München 1900.

Clauditz, Zwei Fälle von Carcinoma Oesophagi mit Durchbruch in Trachea und Bronchus resp. in das perioesophageale Bindegewebe. Dissert Göttingen 1897.

Hess, Ueber Perforationen bei Oesophaguscarcinom und einen Fall von Oesophaguscarcinom mit Perforation in die rechte Lunge. Dissert. München 1902.

Brösike, Lehrbuch der normalen Anatomie des menschlichen Körpers.

Lebenslauf.

Heinrich Altendorfer, geboren zu Schwarzach, B.-A. Bogen, am 17. Juni 1876 als Sohn des Kgl. Forstmeisters Josef Altendorfer, besuchte ich nacheinander die Gymnasien Passau, Landshut, Passau, Amberg, welch letzteres ich im Juli 1897 mit dem Zeugnis der Reife für die akademischen Studien verließ. Ich studierte zunächst zwei Semester in München Veterinärmedizin; widmete mich dann im Wintersemester 1898/99 dem medizinischen Studium an der Universität München und bestand an letzterer im Frühjahr 1901 das Tentamen physicum. Daselbst unterzog ich mich auch der Approbationsprüfung, welche ich am 30. Januar 1904 beendete.

Heinrich Altendorfer,
gepr. cand. med. aus Griesbach i. R.